



**Formulário para o Alternative Housing
Voucher Program (AHVP)
Application for Alternative Housing
Voucher Program (AHVP)**

This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Priority Category:	_____
Local Preference:	_____
Language:	_____
Voucher Size:	_____

Formulários incompletos não serão processados. Por favor, preencha todas as informações solicitadas no formulário. **Se uma pergunta não for aplicável, favor escrever N/A.** **Não se esqueça de assinar a última página.** Se espaço adicional for necessário para uma resposta, favor anexar uma folha adicional. **Confira a lista de AHVP Issuing Administering Agencies (Agências Administrantes da AHVP) em mass.gov para conferir as agências administrantes participantes e envie por correio ou leve em mãos este formulário para CADA UMA das agências administrantes nas quais você quer se inscrever.**

1. Nome Requerente: _____

Endereço Postal: _____ Apto: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Fixo: _____

E-mail: _____

2. Você tem até 59 anos de idade? Sim Não

Você tem alguma deficiência? Sim Não

3. Membros da família que morarão na unidade, incluindo o Chefe de Família:

Nome e Sobrenome	Relação com o Chefe de Família	Data de Nascimento	Sexo	Número do Social Security*	Designação Racial**	Designação Étnica***
	Chefe					

*O número do Social Security será usado para verificar a renda, bens e antecedentes criminais.

Responder a estas perguntas é opcional. Seu status quanto aos procedimentos de seleção de inquilino NÃO será afetado por esta informação.

**Designação Racial: Índio Americano ou Nativo do Alasca; Asiático; negro ou afro-americano; Nativo do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico; Branco; Outro (Especificar); Nega-se a se Identificar

***Designação Étnica: Hispânico/Latino; ou Não Hispânico/Latino; Nega-se a se Identificar

4. Você entende inglês falado ou escrito? Sim Não

Seu status quanto aos procedimentos de seleção de inquilino NÃO será afetado por esta informação.

Idioma de Fala Primário: _____

Idioma de Escrita Primário: _____



5. **Prioridade a Sem-Teto:** Se você quer se inscrever na Prioridade a Sem-Teto, você precisa ser considerado sem-teto.

OBSERVAÇÃO: A definição da AHVP de sem-teto **NÃO** é a mesma usada por abrigos a sem-tetos ou pela Seção 8. Residir em um abrigo a sem-tetos **NÃO** qualifica o requerente à Prioridade Sem-Teto.

Pelos regulamentos estaduais, "Sem-Teto" é o requerente que (você deve se qualificar em TODOS os itens abaixo):

- Não tenha onde morar ou que esteja em uma situação na qual exista uma ameaça significativa, direta e imediata à vida ou segurança que seria atenuada pela mudança a uma unidade apropriada;
- Não causou ou contribuiu substancialmente para a situação;
- Que tenha envidado esforços razoáveis para se prevenir ou evitar a situação e para conseguir uma moradia alternativa; e
- Que foi removido ou esteja prestes a ser de sua residência principal.

Se você acha que satisfaz a definição de sem-teto, selecione a categoria abaixo que melhor descreve a sua situação. A condição de sem-teto DEVE ser por uma das categorias abaixo para a aplicação da Prioridade a Sem-Teto.

- Desalojado(a) Não por Culpa do Requerente (ex.: Despejo No-Fault)
- Desalojado(a) por uma Emergência Médica Grave
- Desalojado(a) por Violência Doméstica
- Desalojado(a) por Forças da Natureza (ex.: Incêndio, Inundação, Terremoto)
- Desalojado(a) por Ação pública (ex.: Obras, desapropriação)
- Desalojado(a) por Ação Pública (ex.: Condenação de casa)

6. **Preferência de Local:** Para ter preferência de local, você deve morar ou trabalhar na mesma cidade que a Agência Administrante da AHVP (ver lista *AHVP Issuing Administering Agency* em mass.gov) E enviar este formulário diretamente a **CADA UMA** das agências administrantes.

Você atualmente reside na mesma cidade em que está localizada a agência administrante na qual você está se inscrevendo?	Cidade:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você atualmente trabalha na mesma cidade em que está localizada a agência administrante na qual você está se inscrevendo?	Cidade:
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. **Preferência a Veterano:**

Você ou um membro da sua família é veterano das Forças Armadas dos EUA? Sim Não

Você ou um membro da sua família, cônjuge, dependentes (genitor ou filhos), ou cônjuge divorciado com um filho dependente são dependentes de um Veterano das Forças Armadas dos EUA? Sim Não

Indique as datas de serviço do Veterano:

Data de Início: Clique para inserir uma data

Data Término: Clique para inserir uma data

8. Você tem necessidades especiais devido a deficiência ou precisa de acomodação especial? Sim Não

Caso positivo, especifique: _____



9. Contato de emergência: Nome de um parente ou amigo que NÃO planeja morar com você. Contataremos esta pessoa se não conseguirmos contato com você em caso de emergência.

Nome: _____ Relação: _____

Endereço: _____ Apto: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefone: _____

Celular: _____ Telefone Fixo: _____

E-mail: _____

10. **Renda Antes dos Impostos:** Estime a Renda Bruta esperada para TODOS os membros da família de TODAS as fontes pelos próximos 12 meses. Especifique todas as fontes.

Nome do Membro da Família		Nome do Empregador ou Fonte de Renda	Renda Bruta pelos Próximos 12 Meses
	Salários, incluindo horas extra e gorjetas		\$
	Salários, incluindo horas extra e gorjetas		\$
	Renda Líquida do Negócio ou da Profissão		\$
	Compensação por Desemprego ou Invalidez		\$
	TAFDC, EAEDC, ou Assistência Pública		\$
	Pagamentos regulares de pensão alimentícia		\$
	Benefícios Social Security e SSI, incluindo SSDI& SSP		\$
	VA de Deficiência Renda		\$
	Pensões, Anuidades, Dividendos e Juros		\$
	Outras Rendas:		\$

Renda Bruta Total: \$ _____



11. **Bens:** Liste abaixo os bens de todos que morarão na unidade. Inclua **todas** as contas bancárias, ações e títulos, depósitos, imóveis, etc. **NÃO** inclua roupas de uso diário, móveis ou carros. Use folhas adicionais se necessário.

Membro da Família	Tipo de Bem	Valor dos Bens ou Saldo Atual	Nome da Instituição Financeira	Nº da Conta
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Você possui imóvel? Sim Não Em caso positivo, informe o endereço:

Você vendeu, transferiu ou doou algum imóvel ou bem nos últimos três (3) anos? Sim Não **Caso positivo**, cite a data da venda / transferência: _____

Valor da venda / transferência: \$ Valor venda/transferência: \$

12. **Despesas:** Estime o seu gasto, se houver, nas seguintes categorias pelos próximos 12 meses.

Despesas Médicas			
Sem Reembolso: \$ _____	Plano de Saúde: \$ _____	Creche/Babá: \$ _____	
Pagamentos de Pensão Alimentícia: \$ _____	Outros (ex.: cuidados com um membro da família com deficiência ou acessibilidade e despesas de viagem com membro da família com deficiência)		\$ _____

13. Você, ou qualquer membro da família, já recebeu auxílio para habitação desta ou de qualquer agência de habitação? Sim Não

Caso positivo, informe o nome do Chefe da Família da época: _____

Nome da Agência de Habitação: _____

Data em que saiu da unidade: _____

Razão para a saída: _____

Você foi removido por justa causa? Sim Não

Sim Não Você deve dinheiro, aluguel, ou perdas e danos à agência de habitação? Sim Não

Se sim a qualquer pergunta acima, explique: _____



14. Você, qualquer membro da família, ou alguém com quem você ou algum membro da família tenha relação imediata de parentesco é ou são funcionários ou membros do conselho de alguma agência de habitação? Sim Não
 Caso positivo, isto não irá necessariamente desqualificar sua inscrição.
 Caso positivo, nome do funcionário ou membro do conselho: _____
 Caso positivo, nome da agência de habitação: _____

15. Histórico de Locação

- Você deve a qualquer senhorio anterior indenização por danos ou alugueres? Sim Não
 Você já foi despejado de uma unidade alugada por justa causa? Sim Não
 Caso positivo, explique: _____

16. Antecedentes Criminais

Você ou qualquer membro da sua família já foi condenado por crime violento ou relacionado a drogas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Sem Registro*
Você ou qualquer membro da família tem alguma questão penal pendente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Sem Registro*
Você ou qualquer membro da família tem a obrigação vitalícia de se registrar como criminoso sexual no estado de Massachusetts?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Sem Registro*
Se responder sim para <u>qualquer</u> pergunta, explique:	

* O requerente a um emprego ou habitação ou uma licença profissional ou ocupacional com um antecedente selado no arquivo da comissaria de condicional pode responder 'sem registro' a respeito de perguntas quanto a prisões, aparições em cortes criminais ou condenações anteriores. O requerente a um emprego ou habitação ou licença profissional ou ocupacional com um antecedente selado no arquivo da comissaria de condicional pode responder 'sem registro' a respeito de perguntas quanto a prisões ou aparições em cortes criminais anteriores. Além disso, qualquer requerente a emprego pode responder 'sem registro' quanto a qualquer pergunta sobre prisões, aparições em cortes e sentenças em todos os casos de delinquência juvenil ou enquanto criança necessitada de serviços não oriundos de uma reclamação baixada da corte superior para acusação criminal. O requerente a um emprego ou habitação ou uma licença profissional ou ocupacional com um antecedente selado no arquivo da comissaria de condicional pode responder 'sem registro' a respeito de perguntas quanto a prisões ou aparições em cortes criminais anteriores.

CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Eu entendo que este formulário não é uma oferta de alojamento. Com base neste formulário, eu compreendo que não devo planejar me mudar ou encerrar meu aluguel atual até receber um voucher por escrito de uma Agência Administrante sob a égide do Alternative Housing Voucher Program (AHVP). Antes que Agência Administrante possa me oferecer participar do programa de auxílio ao aluguel, eu preciso apresentar a eles a documentação escrita que comprove minhas circunstâncias.

Eu entendo que é minha responsabilidade informar a Agência Administrante por escrito de qualquer mudança de endereço, renda ou composição familiar. Eu compreendo que se eu não responder às solicitações da Agência Administrante de informações ou atualizações, meu nome será excluído da lista de espera.

Eu autorizo a Agência Administrante a investigar as informações que eu forneci neste formulário. Certifico que as informações que prestei neste formulário são verdadeiras e corretas. Compreendo que qualquer declaração ou informação falsa pode resultar em uma negativa da minha inscrição. **Eu entendo que a Agência Administrante solicitará informações de Antecedentes Criminais do Departamento de Serviços de Informação da Justiça Criminal e realizará pesquisas na internet sobre todos os membros adultos da família.**



ASSINADO SOB AS PENAS DE PERJÚRIO; eu entendo que uma cópia deste formulário e uma cópia desta assinatura são válidas como os originais.

Assinatura do Requerente: _____ **Data:** _____

Assinatura do Avaliador: _____ Data: _____

